

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 juillet 1886, à 1 heure

Par PIERRE-JOSEPH LAVERNHE

Né à Laurettes (Lot), le 6 août 1858

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ATROPHIE LINÉAIRE DE LA PEAU
(VERGETURES)

Président : M. BROUARDEL, professeur.

*Juges : MM. { RICHELOT, professeur,
HANOT, RAYMOND, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, rue Racine, 23

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

324

Année 1886

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 29 juillet 1886, à 1 heure

Par PIERRE-JOSEPH LAVERNHE

Né à Laurettes (Lot), le 6 août 1858

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ATROPHIE LINÉAIRE DE LA PEAU
(VERGÉTURES)

Président : M. BROUARDEL, professeur.

*Juges : MM. { RICHELLOT, professeur,
HANOT, RAYMOND, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE

23, rue Racine, 23

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. J. BÉCLARD.
Professeurs	MM.
Anatomie.	SAPPEY.
Physiologie	BÉCLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	PETER.
	DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale	GUYON.
	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	DUPLAY.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
	G. SÉE.
Clinique médicale.	HARDY.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	RICHET.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	TRÉLAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	PAJOT.

Doyen honoraire : M. VULPIAN.

Professeur honoraire.

M. GOSSELIN.

Agrégés en exercice.

MM. BLANCHARD	MM. HALLOPEAU	MM. PEYROT	MM. RIBEMONT-
BOUILLY	HANOT	PINARD	DESSAIGNES
BUDIN	HANRIOT	POUCHET	RICHELOI
CAMPENON	HUMBERT	QUINQUAUD	RICHET
DEBOVE	HUTINEL	RAYMOND	ROBIN (Albert)
FARABEUF, chef	JOFFROY	RECLUS	SEGOND
des travaux	KIRMISSON	RÉMY	STRAUS
anatomiques.	LANDOUZY	RENDU	TERRILLON
GARIEL	LUTZ	REYNIER	TROISIER
GUEBHARD			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR

A MES AMIS

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX

DE TOULOUSE ET DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BROUARDEL

Professeur de médecine légale
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

A MON MAITRE

LE D^r GÉRARD-MARCHANT

Chef de Clinique de la Faculté

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ATROPHIE LINÉAIRE DE LA PEAU
(VERGETURES)

L'étude des stries atrophiques de la peau, que nous avons entreprise, n'a pas la prétention d'être l'histoire complète de cette lésion. Trop heureux si nos recherches sur ce sujet peuvent plus tard faciliter la tâche d'une plume plus autorisée que la nôtre.

Nous nous sommes contenté d'abord de quelques uns des points les plus importants de leur histoire et nous avons divisé notre sujet en quatre parties principales. Dans la première, nous exposons leur étude anatomo-pathologique et leur description générale.

Dans la seconde, nous passons en revue les principales affections dans lesquelles on les a signalées et les dispositions particulières qu'elles peuvent affecter.

Dans la troisième, nous étudierons leur pathogénie avec les différentes théories qu'on a données de leur production.

La quatrième partie enfin sera consacrée au diagnostic des stries atrophiques entr'elles et les autres affections

cutanées ; cela nous fournira l'occasion d'examiner leur valeur au point de vue médico-légal.

Au début de ce modeste travail, qu'il nous soit permis d'adresser à tous nos maîtres de Toulouse et de Paris un hommage de profonde reconnaissance.

Nous n'oublierons jamais les bons soins et les bons conseils que nous ont prodigués nos bons maîtres les D^{rs} Maynard (de Toulouse), Delens, Mauriac et Besnier (de Paris), auquel nous devons l'idée de ce travail. Qu'ils reçoivent ici un hommage tout particulier de notre gratitude.

Nous adressons tous nos remerciements à M. le professeur Brouardel qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous tenons aussi à remercier nos amis Cazals, interne des hôpitaux, Colin et Piquard d'avoir bien voulu faire pour nous les traductions dont nous avons eu besoin au cours de nos recherches.

DESCRIPTION GÉNÉRALE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES STRIES ATROPHIQUES DE LA PEAU.

L'atrophie linéaire de la peau qu'on appelle aussi strie atrophique, vergeture, cicatrice de la peau, est constituée par la disparition plus ou moins complète de ses différents éléments, cette disparition se faisant par plaques plus ou moins allongées et de grandeur variable. Ce n'est pas là un processus cicatriciel, puisqu'il n'y a pas, à proprement parler, de perte de substance ou de solution de continuité, il y a seulement un arrangement nouveau des éléments de la peau en même temps qu'une résorption d'une partie de ces mêmes éléments.

Les stries atrophiques se présentent sous des aspects différents, selon qu'elles sont récentes ou anciennes. Quand elles se sont produites depuis peu, on voit sur la partie du tégument qu'elles occupent des raies ou des bandes larges de quelques millimètres, quelquefois de un ou deux centimètres et d'une longueur pouvant varier depuis un centimètre, jusqu'à dix ou quinze et même plus. Elles ont une couleur rosée ou violacée, érythémateuse. Elles se terminent brusquement à leurs extrémités, ou bien s'effilent aux deux bouts : leurs bords sont nettement limités, réguliers, ou plus ou moins sinueux, suivant les cas. Leur apparition se fait le plus souvent sans douleurs ; elles n'occasionnent aucun trouble, se rencontrent chez les deux sexes et à toutes les périodes de la vie ; car celles qui se produisent pendant

l'adolescence ou même pendant l'enfance persistent toujours.

A une période rapprochée de leur début, ces bandes semblent faire une légère saillie au-dessus de la peau environnante. Lorsqu'on cherche avec le doigt à constater cette surélévation, on sent qu'elle existe en effet, mais qu'à son niveau la surface cutanée se laisse déprimer plus facilement; elle résiste moins. Cette dépressibilité devient sensible à l'œil, si l'on a le soin de tendre un peu les téguments perpendiculairement à la direction de la vergeture. Si on la prend entre les doigts, on sent que la partie de la peau qui lui correspond est moins épaisse que la peau saine. « On a la sensation d'une fissure recouverte d'une membrane », dit Liveing; cependant on sent très bien que la peau, très mince, est encore plus épaisse que ne le serait la couche cornée de l'épiderme seule. Nous en donnerons plus loin la preuve anatomo-pathologique.

A mesure que l'on s'éloigne de l'époque de leur apparition, la couleur rosée ou violacée s'éteint petit à petit, la strie finit par prendre un aspect blanc-bleuâtre, nacré, brillant, tout à fait cicatriciel, ce qui leur a fait donner par quelques auteurs le nom de cicatrices de la peau (Régnier). Cette marche dans la décoloration est très bien indiquée dans une observation de Thaon, que nous reproduisons plus loin. L'état atrophique est bien plus sensible au toucher qu'à la vue. La dépression au-dessous du niveau de la peau devient plus nette quand on arrive à cette seconde période. Il n'est pas de jour où l'on ne puisse constater ce fait dans les salles d'hôpital chez des femmes ayant eu des enfants. A la suite de la grossesse, en effet,

l'atrophie linéaire de la peau présente une très grande fréquence, bien qu'elle ne soit pas constante (Montgomery).

Le siège des vergetures est très variable; elles se développent ordinairement par groupes isolés, que l'on peut rencontrer, d'après Duhring, Taylor et Hébra, sur toute la surface de la peau. Le plus fréquemment on les rencontre sur la partie inférieure et latérale de l'abdomen, la partie supérieure de la cuisse, à la région trochantérienne, au niveau du genou, du coude, de l'articulation tibio-tarsienne. Cette notion du siège nous paraît avoir, dans certains cas, une importance assez considérable. Elle nous aidera, en effet, dans le diagnostic différentiel des causes de l'atrophie et dans celui de quelques autres affections cutanées présentant dans leur évolution une période atrophique. La direction particulière des stries atrophiques est très variable. Ou bien elles sont parallèles à elles-mêmes, ou bien elles se coupent sous des angles divers, comme cela est noté dans deux observations. Dans ce cas, leur trajet est plus ou moins rectiligne; d'autres fois elles sont sinueuses et peuvent même aboutir à former des anses, des boucles complètes, comme cela se voit sur une pièce du Musée de l'hôpital Saint-Louis, appartenant à M. le D^r E. Besnier. A leur niveau, la peau non atrophiée présente quelquefois un léger degré de pigmentation; mais ce trouble n'existe pas toujours. Nous ferons remarquer que, dans quelques cas, les vergetures sont pigmentées. Quant à leur disposition générale, elle ne paraît pas soumise à des règles bien fixes; mais nous ferons remarquer cependant que pour une même affection, elle semble présenter une certaine constance.

Au niveau du bassin, elles sont le plus souvent verti-

cales chez les femmes, horizontales au contraire chez les hommes au niveau des membres et des articulations; ordinairement elles sont perpendiculaires à l'axe des membres.

Elles sont quelquefois en nombre considérable, d'autres fois on n'en peut trouver qu'une ou deux. Cette différence tient peut-être, comme l'ont dit MM. Féré et Quernonne, dans un travail auquel nous ferons quelques emprunts, à un défaut de résistance de la peau chez ces sujets. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question à propos de chaque affection particulière et à propos de la pathogénie.

Leur surface est sèche et les tissus qu'elles recouvrent semblent amincis et tendus.

Nous allons aborder maintenant l'anatomie pathologique des vergetures en utilisant de notre mieux ce qui a été écrit par les auteurs. Nous nous efforcerons d'exposer clairement les différents résultats obtenus, en même temps que nous essayerons de chercher une explication plausible de la lésion qui nous occupe.

Crédé et Casper plaçaient le siège des lésions dans le réseau de Malpighi; Hecker et Schultze croyaient que les altérations se produisaient dans le tissu cellulaire sous-cutané; Scanzoni et Schroder, mettant ces auteurs d'accord, admettaient que les modifications au niveau des vergetures s'opéraient tantôt dans le réseau de Malpighi, tantôt plus profondément. Oküstner, en 1876, essaya de localiser plus exactement qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui les lésions de vergetures. Il démontra alors que ces lésions ne siégeaient ni dans la couche cornée de l'épiderme, ni dans le réseau de Malpighi, mais dans des couches plus profondes

du tégument externe. Ces constatations furent faites sur des coupes de vergetures de la grosseur, menées perpendiculairement à la surface de la peau et comprenant une partie de peau saine et une portion de strie. La couche des papilles dermiques est diversement altérée; on peut trouver tous les degrés de l'affaissement des papilles. Ce même fait a été constaté par Hébra sur une vergeture transversale siégeant au niveau du genou chez un jeune homme; malheureusement Hébra ne rapporte pas les antécédents pathologiques de ce sujet. « Dans ce cas, dit Hébra, la couche épidermique et le réseau muqueux étaient amincis; ce dernier reposait à plat sur le derme. Sous l'influence de l'acide acétique, la couche de Malpighi se détacha tout d'une pièce du chorion ». Tous ces faits ont été vérifiés encore par M. C. Langer. Cet auteur a vu que les vergetures ne sont pas constituées seulement par l'épiderme, mais encore par la couche papillaire, qui possède sur les vergetures récentes une épaisseur encore notable. Si on enlève cette couche, on arrive sur une nouvelle couche brillante, plus solide, constituée par des fibres parallèles, serrées, traversant perpendiculairement la surface de la vergeture, dans laquelle on peut, après injection, constater la présence de quelques vaisseaux ayant la même direction. Sur les coupes pratiquées sur les parties profondes du derme parallèlement à sa surface, on voit à l'œil nu le point sur lequel a porté la lésion, il se distingue des tissus voisins par un aspect brillant, presque tendineux. Au microscope, les coupes analogues de ces mêmes couches profondes montrent que les faisceaux du derme sont devenus transversaux avec des vaisseaux parallèles, tandis qu'au

bord de la vergeture et dans les tissus sains, ces mêmes éléments sont entrelacés dans tous les sens. On peut suivre les fibres transversales de la vergeture jusque dans cet entrelacement, où on les voit tantôt prendre une direction perpendiculaire aux faisceaux normaux du derme, tantôt se recourber autour d'eux. Les fibres qui traversent perpendiculairement les vergetures paraissent donc ici n'être autre chose que des prolongements de la charpente cutanée, ou plutôt ne sont que cette charpente elle-même ayant subi, sous l'influence de la distension, un arrangement nouveau et définitif de ses éléments, le sens de la traction correspondant à leur direction.

Sur une coupe perpendiculaire à la surface cutanée et à la direction de la vergeture, on voit la disposition transversale des fibres se produire dans toute l'épaisseur de la peau. Les limites de la strie se reconnaissent, même à l'œil nu, grâce au reflet brillant de cette dernière, qui tranche sur la coloration trouble et sombre des tissus voisins. C'est seulement dans les vergetures larges que les fibres ont une direction franchement transversale ; dans celles qui sont plus étroites, la peau, n'ayant pas subi une grande distension, on retrouve des traces de l'entrelacement normal.

Les vergetures ne sont donc pas constituées par la solution de continuité d'une couche quelconque de la peau. On a affaire à un amincissement par distension ou par trouble trophique, ou bien encore par une combinaison de ces deux facteurs.

Au niveau de l'abdomen, la disposition des papilles, en séries simples ou doubles, se fait suivant une direction générale rayonnant vers la symphise pubienne. Si l'on

examine à ce point de vue une portion de peau saine, dans une région présentant de nombreuses vergetures, on remarque que les papilles sont disposées sans ordre régulier. A ce niveau, elles présentent un aspect bien différent de l'état normal. Au lieu de la régularité de forme et de volume qu'elles offrent dans la peau absolument saine, on en voit de grandes et arrondies alternées avec d'autres plus petites et pointues. Au contraire, à la surface des vergetures, les papilles ont suivi les faisceaux du derme dans leur déplacement ; elles sont disposées en séries transversales, par rapport à l'axe de la strie. On en trouve ordinairement sur toute la surface de la vergeture ; cependant, de loin en loin, on rencontre de larges espaces qui en sont dépourvus. Dans les points où les papilles persistent, elles sont en général plus petites.

La direction des vaisseaux sanguins de la peau, les changements survenus dans leur distribution au niveau des papilles vont corroborer l'explication déjà donnée au sujet de la disposition en séries transversales des papilles et des fibres du derme.

A l'état normal, de la couche la plus superficielle du réseau vasculaire dermique partent des ramuscules qui vont se distribuer dans les papilles, où ils forment des anses simples, des réseaux, ou bien encore, l'artériole papillaire se contourne en tire-bouchon. Au moment où le chorion subit la distention, les vaisseaux cutanés sont soumis à la même influence. C'est, croyons-nous, à la réunion de ces deux facteurs, distension et distribution anormale des vaisseaux, qu'est due, dans ce cas, l'atrophie linéaire. Les anses papillaires se comportent différemment suivant qu'el-

les viennent des vaisseaux parallèles à la vergeture ou des vaisseaux transversaux. Celles qui viennent des vaisseaux transversaux sont en petit nombre, à très large ouverture ; celles qui viennent des vaisseaux longitudinaux sont raccourcies et peuvent même disparaître complètement. Alors, les veinules semblent situées sur le prolongement des artérioles auxquelles elles font suite. C'est dans ce cas que les papilles disparaissent complètement.

Dans le cas, dont Hébra et Kaposi ont pu faire l'étude microscopique, les pelotons adipeux du tissu cellulaire sous-cutané n'étaient plus représentés que par leur charpente conjonctive. On remarquait aussi quelques masses arrondies, formées des matières moléculaires d'un brun-jaunâtre, considérées par Hébra comme le contenu d'acini de glandes sébacées ; les glandes sudoripares avaient disparu. Dans toute la préparation, ces auteurs ne purent trouver que deux follicules pileux complètement atrophies.

Toutes ces modifications ne peuvent se produire sans que les parois des vaisseaux subissent des altérations. Ces parois sont, en effet, amincies, moins résistantes ; et lorsqu'on cherche à injecter les vaisseaux abdominaux chez une femme morte à la suite de couches, il se produit des ruptures vasculaires et des extravasations locales de la matière à injection. Cette friabilité ou plutôt ce défaut de résistance des vaisseaux explique la teinte ecchymotique présentée quelquefois par les stries atrophiques à une période de leur évolution.

Les nerfs de la peau subissent aussi l'influence du tiraillement ; ils peuvent se fragmenter plus ou moins et par suite, contribuer à la production des vergetures. Dans la fièvre

typhoïde, ils prennent une part considérable à la production des altérations cutanées (eschares). MM. Pitres et Vaillard, dans un mémoire publié dans la *Revue de Médecine* (décembre 1885), ont étudié les altérations nerveuses des nerfs périphériques dans le cours de la convalescence de la fièvre typhoïde et leur attribuent la production des troubles nutritifs que l'on rencontre dans la convalescence de cette affection.

PRINCIPALES AFFECTIONS

OU L'ON RENCONTRE DES STRIES ATROPHIQUES

Nous allons maintenant passer en revue les différentes affections où l'on rencontre l'atrophie linéaire de la peau. Voyons d'abord quelle est la fréquence de cette modification du tégument. C'est un fait banal que dans la grossesse, elle se rencontre avec une fréquence telle qu'on a pu, à une époque, la considérer comme une preuve de grossesse antérieure ; mais des observations de vergetures en dehors de cet état n'ont pas tardé à enlever à ce symptôme une partie de sa valeur diagnostique. B. Schultze a trouvé dans ses recherches à ce sujet que, parmi les femmes qui n'avaient jamais été enceintes, ou bien dont la grossesse n'avait pas atteint un terme avancé, 36 pour 100 portaient des stries. Il en a trouvé aussi chez l'homme, et alors seulement qu'on les observe chez 6 pour 100 des hommes de taille ordinaire, on les rencontre 25 fois sur 100 chez ceux qui ont une taille au-dessus de la moyenne. Elles sont, dans ce cas, perpendiculaires à l'axe du corps, et siègent de préférence au niveau du bassin et des muscles fessiers. Elles seraient dues, d'après Hébra, à un défaut de parallélisme entre l'accroissement de la peau, et celui des organes qu'elle recouvre. Nous examinerons plus loin d'ailleurs, les différentes hypothèses qui ont été émises à ce sujet, et nous verrons si elles peuvent répondre à tous les cas.

Après cette digression, étudions maintenant les vergetures de la grossesse. Voyons comment elles se comportent en présence de cette fonction, quel est leur siège, et quels sont leurs caractères particuliers.

Dans les deux premiers mois, et dans une première grossesse, alors que les parois abdominales n'ont pas encore subi de distension, elle sont si peu nombreuses, et tellement disséminées, dit M. le professeur Tarnier, qu'elles passent le plus souvent inaperçues ; c'est seulement vers le septième ou huitième mois qu'elle deviennent plus nombreuses et bien marquées. Tantôt elles sont très multipliées, tantôt on n'en trouve qu'un petit nombre.

Montgomery parle même d'une femme qui, après cinq grossesses parvenues à terme, en était complètement indemne ; mais c'est là un fait des plus rares. Hecker, à Munich, et Crédé, à Leipsig, se sont livrés chacun de leur côté à des recherches au sujet de la fréquence de l'absence des vergetures dans la grossesse.

D'après Crédé, elles manquent dans 10 pour 100 des cas, tandis que Hecker a constaté leur absence 6,6 fois seulement sur 100 cas de grossesse. Cette divergence dans les résultats tient peut-être à ce que les auteurs n'ont pas tenu compte du nombre des grossesses précédentes. Le professeur Tarnier, de son côté, a constaté que chez 141 primipares, elles ont manqué 16 fois, soit 11 fois pour 100, et chez 152 femmes, qui en étaient à leur deuxième grossesse 8 fois seulement, soit 5 pour 100.

En résumant en un seul chiffre les résultats de cette dernière statistique, on voit qu'elles ont manqué 8 fois sur 100 grossesses, ce qui est, à peu de chose près, la moyenne

des statistiques de Crédé et de Hecker rapprochées l'une de l'autre.

La statistique du savant accoucheur français nous semble donc expliquer la divergence des auteurs allemands ; elle nous montre de plus, autant que faire se peut, la vérité de cette loi indiquée par M. le professeur Tarnier :
« Les vergetures de la grossesse manquent d'autant moins
« souvent que les grossesses antérieures sont plus nom-
« breuses. » Ce phénomène manquant à une première grossesse peut se produire à une seconde, soit qu'il y ait hydramnios, ou plusieurs fœtus, ou un fœtus plus volumineux. D'ailleurs, il est aujourd'hui bien reconnu qu'habituellement chaque nouvelle grossesse amène la production de nouvelles vergetures.

Nous avons exposé déjà, au début de ce travail, les signes caractéristiques des vergetures aux différentes périodes de leur évolution.

Nous n'y reviendrons pas ; cependant nous ferons remarquer que la coloration blanc nacré des anciennes vergetures, ainsi que la saillie qu'elles font au-dessus des téguments environnants, à cause de l'infiltration séreuse, sont suffisantes pour les distinguer des stries nouvellement produites. Celui-ci, en effet, présentent une coloration rosée ou légèrement bleuâtre ecchymotique.

Le siège le plus fréquent, qu'on peut appeler le siège classique, est la paroi abdominale, et plus spécialement la région sous-ombilicale de cette paroi. Elles envahissent encore fréquemment la région lombaire, les cuisses, la région fessière. Lorsqu'elles sont dues au développement de l'utérus, leur direction qui, nous l'avons vu, est étroite-

ment liée à la nouvelle disposition des fibres du stroma dermique à leur niveau, ne sera pas la même dans toutes les régions. Sur la peau de l'abdomen, elles sont disposées d'une façon assez régulièrement concentrique autour d'un point que M. le professeur Tarnier place à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'ombilic, et forment des courbes à concavité supérieure de chaque côté de la ligne médiane en nombre inégal et indéterminé. Dans les autres régions qu'elles envahissent consécutivement, cette disposition concentrique se rencontre aussi, mais moins nette cependant ; elle est d'autant plus accusée que la peau a été plus distendue. Krause et Felsenreich ont institué une série d'expériences, desquelles il résulte que la rétraction consécutive de la peau est en raison directe de la distension, et se fait d'une façon centripète. Par conséquent, plus ou s'éloigne du centre de rétraction ou de distension, qui est le même, plus la direction de la strie sera divergente par rapport à ce point, plus par conséquent elle paraîtra au premier abord irrégulière. C'est là, croyons-nous, une des causes de l'irrégularité apparente de la distribution topographique des vergetures de la grossesse dans les régions autres que la région sous-ombilicale. Ce n'est là qu'une hypothèse appuyée sur les recherches de Krause et de Felsenreich, et qui aurait besoin d'être contrôlée par l'expérience.

Assez souvent, pendant le cours de la grossesse, la glande mammaire acquiert un développement plus grand que celui obtenu jusque-là ; cet accroissement est d'ailleurs ressenti par la femme, dont l'attention est attirée de ce côté par des picotements quelquefois assez douloureux. Il

n'est pas rare à ce moment de voir la peau des mamelles se couvrir de vergetures en tous points semblables à celles que l'on trouve sur l'abdomen. L'époque de leur apparition est variable, mais elle coïncide toujours avec l'accroissement de volume.

Elles rayonnent autour du mamelon. Il est assez fréquent de rencontrer des femmes qui accusent des démangeaisons assez violentes au niveau des points qui seront bientôt le siège des vergetures. Comme cela se produit au niveau de la ligne blanche, il n'est pas rare de voir dans la région de la peau occupée par les vergetures le tégument présenter une pigmentation plus ou moins foncée. Le degré de pigmentation, d'après M. le professeur Tarnier, est en rapport avec la couleur des cheveux ; la peau est brunâtre chez les femmes à cheveux noirs, elle reste plus ou moins mate chez les blondes, et à plus forte raison chez les rousses. Après l'accouchement les vergetures obéissent un peu à la rétraction générale du tégument de l'abdomen, mais elles ne disparaissent pas complètement ; elles se réduisent légèrement. Ce phénomène varie encore avec chaque sujet.

Les vergetures rayonnées de la mamelle ne sont pas plus pathognomoniques de la grossesse que celles de l'abdomen ; car, de même qu'il peut y avoir grossesse et accouchement à terme sans atrophie linéaire sur l'abdomen, de même il peut y avoir grossesse et même lactation et allaitement sans vergetures mammaires. Ces mêmes vergetures peuvent exister en dehors de ces conditions ; une observation de Régnier nous le prouvera plus loin.

Les vergetures ont été signalées dans un certain nombre d'affections, où elles se produisent comme dans la gros-

sesse et présentent les mêmes caractères. On les a rencontrées dans l'ascite, les tumeurs du péritoine, les kystes de l'ovaire, l'anasarque, le développement général du tissu adipeux.

M. le docteur Besnier a observé chez un jeune homme atteint d'anasarque aiguë et dont la peau avait été rapidement distendue des vergetures présentant un aspect très remarquable. Disons tout d'abord que c'est d'après le moulage fait par M. Barretta et déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis que nous les décrivons. Elles sont au nombre de huit sur la partie gauche inférieure et latérale de l'abdomen.

Leur direction générale est parallèle à l'axe du corps; elles sont longues de 8 à 10 centimètres, larges de 6 à 8 millimètres, leur direction est plus ou moins ondulée; quelques-unes forment même de véritables boucles.

À leur niveau, la peau est légèrement pigmentée, ce qui fait ressortir leur couleur rosée et comme nacrée.

R. W. Taylor a publié dans le *The New-York Med. Journ.* de janvier 1886, une observation très remarquable d'atrophie linéaire de la peau, que nous trouvons résumée dans la *Semaine médicale*, du 13 mars 1886, page 134.

OBSERVATION I (résumée)

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, qui a cessé d'être réglée vers l'âge de 17 ans; puis elle a grossi démesurément pendant que ses forces déclinaient; elle devenait en même temps dyspeptique pendant que *survenaient des attaques d'épilepsie*. Parallèlement à ces troubles nerveux apparaissent des désordres cutanés, qui ont atteint un haut

degré; sillons linéaires profondément creusés par places, avec teinte rouge brunâtre de la peau, qui est amincie; ces stries couvrent la partie inférieure des seins, les épaules, l'abdomen, les cuisses, les jambes, la région dorsale, la partie postérieure des bras, les fesses et la partie interne des jambes.

Depuis longtemps déjà les auteurs avaient signalé les vergetures dans la grossesse, l'œdème, l'anasarque, le développement exagéré du tissu cellulo-adipeux sous-cutané; mais la relation de la fièvre typhoïde avec les vergetures était passée inaperçue jusqu'à ces derniers temps. L'observation de Régnier, publiée dans sa thèse de 1860, était passée inaperçue, quand M. le professeur Bouchard, en janvier 1879, fit une communication à ce sujet. M. Manouvriez, de Valenciennes, avait publié déjà en 1877 et 1878 quatre observations semblables que d'ailleurs nous reproduirons plus loin.

Chez les malades de M. le professeur Bouchard, les vergetures siégeaient sur les membres au niveau des articulations du genou et du coude, elles étaient perpendiculaires à l'axe des membres et ressemblaient à celles de la grossesse. Elles étaient survenues pendant la convalescence de la fièvre typhoïde; mais le moment de l'apparition n'avait pu être constaté d'une façon bien exacte. Chez l'un d'eux cependant, ce phénomène fut remarqué pendant le cours d'une légère rechute.

Au courant de la discussion qui s'engagea à ce sujet, M. Bouchard déclara, en ces termes, qu'il n'avait pas été le seul à observer ce fait. « M. Manouvriez (de Valenciennes), que je rencontrai il y a quelque temps, me dit : je crois avoir découvert un signe nouveau dans la fièvre

« typhoïde, et il m'entretint alors de ces vergetures dont je viens de vous parler. » M. Bouchard posa la question de savoir si c'étaient là des phénomènes de croissance, ou s'il se passait du côté du derme quelque chose d'analogue aux autres troubles trophiques, aujourd'hui bien connus, que l'on rencontre dans le cours ou la convalescence de la fièvre typhoïde. Les desideratas formulés par le professeur Bouchard ont été en partie résolus par le Dr Auboyer dans son excellente thèse, et nous ne pouvons que lui emprunter une partie de ses résultats en y ajoutant une observation personnelle qui ne fait que corroborer ses recherches.

Voici d'abord l'observation de Régnier et que nous reproduisons :

OBSERVATION II

(Régnier, Th. 1860, Paris, page 96).

Fièvre typhoïde grave à forme adynamique, paralysie faciale du voile du palais, amaurose, otorrhée. — Guérison. — Vergetures au niveau des genoux et des malléoles. Croissance rapide pendant la maladie ; douleurs dans les jambes pendant la convalescence.

Auguste C..., 16 ans, garçon marchand de vin. Entré à l'hôpital Beaujon le 24 septembre 1859, salle Saint-Louis, service de M. Gubler.

Nous le prenons au moment où il est en pleine convalescence de sa fièvre typhoïde. Il a grandi de telle façon que son pantalon est devenu très court. Douleurs très vives quand il veut marcher, ce qui du reste lui est complètement impossible..... Sur les membres inférieurs, cicatrices qui semblent dues à ce que la peau paraît avoir été trop courte et s'est éraillée au moment de ce développement si rapide. Les

cicatrices sont transversales, au nombre de six au membre gauche, dont une est située à la partie externe de la cuisse, à quatre pouces environ du grand trochanter ; dix au membre droit, une située parallèlement à celle qui est au membre gauche, seulement elle est plus volumineuse et un peu plus antérieure. On remarque aussi de ces cicatrices au-dessus des malléoles externes des deux jambes ; elles sont moins accusées et paraissent avoir affecté simplement les fibres superficielles du derme.

Nous devons à l'extrême obligeance de M. le D^r Manouvriez (de Valenciennes), une nouvelle observation inédite de vergetures dans la fièvre typhoïde et que nous sommes autorisé à publier.

OBSERVATION III (inédite).

(Communiquée par M. le D^r Manouvriez).

En août 1885, nous avons découvert sur la moitié droite de l'abdomen d'un jeune homme de 20 ans, cinq vergetures linéaires, blanchâtres, consécutives à une fièvre typhoïde qu'il avait faite cinq ans auparavant et durant laquelle le ventre avait été très météorisé ; ces vergetures, longues d'environ 8 centimètres et larges d'un demi-centimètre, s'étendaient parallèlement à la crête iliaque.

OBSERVATION IV (personnelle).

Un de nos amis, aujourd'hui docteur en médecine, eut, à l'âge de 16 ans, une fièvre typhoïde à forme adynamique, très grave, qui dura deux mois environ. Pendant sa maladie, comme deux des malades du D^r Manouvriez, il se tenait dans le décubitus dorsal et les jambes à

de mi fléchies. Vers le dernier tiers de la maladie, on remarqua à la partie inférieure et interne des deux cuisses, mais s'étendant aussi un peu en avant et en dehors, des vergetures transversales, franchement ecchymotiques. Cette coloration disparut petit à petit.

Aujourd'hui, dix ans après, on voit au-dessus de l'articulation des deux genoux, et à la partie interne, des bandes d'atrophie linéaire transversales, déprimées, luisantes, d'un blanc nacré, plissées verticalement, effilées aux deux bouts, parallèles entr'elles, larges d'un demi-centimètre et longues de 8 à 10 environ.

Elles sont plus nombreuses et mieux caractérisées à gauche qu'à droite.

Au niveau du fascia lata, de chaque côté, on trouve un second groupe de vergetures ayant à peu près les mêmes caractères, mais dont la direction est plus compliquée. Elles forment, pour ainsi dire, une espèce de réseau dont les mailles se coupent sous des angles différents. Leur apparition est contemporaine de celle des genoux.

Au moment de la convalescence, quand il commençait à se lever, il présentait de l'œdème des malléoles. En même temps, régulièrement tous les soirs, il avait un accès de fièvre, bien qu'il habitât un pays complètement indemne de fièvres paludéennes. Parésie des membres inférieurs. Il avait à ce moment les jambes à demi-fléchies sur les cuisses, et quand on essayait de les redresser par la force, il éprouvait dans les muscles de la région postérieure de la cuisse une sensation de tiraillement très douloureuse.

La convalescence dura près de trois mois. Le malade, mesuré, par hasard, quelques jours avant la maladie, puis au moment où il put se lever, présenta un accroissement de 11 centimètres.

A côté de l'observation de Régnier et des deux observations inédites que nous venons de rapporter, nous allons résumer quatre observations recueillies par M. le Dr Manouvriez, publiées pour la première fois dans les *« Travaux des conseils d'hygiène du Nord »* en 1877 et 1878.

OBSERVATION V (Manouvriez).

Le 4 septembre 1876, une jeune fille de 14 ans tomba malade, présentant, comme prodrome assez insolite, une amygdalite suppurée pendant une semaine. La maladie, *compliquée d'accidents ataxo-adiynamiques d'une excessive gravité*, par méningo-encéphalite, dura deux mois pleins et mit la patiente dans un tel état d'affaiblissement que la convalescence se prolongea trois mois.

A la période de déclin, affaiblissement et perversion des facultés intellectuelles. Parésie et rétraction en demi-flexion des jambes. Pendant la maladie, la malade se tenait habituellement couchée sur le dos et les genoux demi-fléchis et élevés.

Le 6 décembre, en cherchant la cause de la parésie, le Dr Manouvriez découvrit *sur les genoux, puis sur le flanc gauche et le dos* de fortes et nombreuses vergetures, remarquées déjà par la mère le 27 septembre, au vingt-troisième jour de la maladie. Elles étaient au nombre de quinze environ. La peau, à leur niveau, se présentait amincie, déprimée, finement plissée dans le sens vertical, rouge-violacée, large de 1 centimètre et longue de 10 au maximum. *Quelques unes étaient entrecoupées* d'un pont de peau saine.

Sept ou huit vergetures semblables s'étendaient transversalement sur le flanc gauche et sur le dos.

Le 14 février elles étaient devenues blanches et paraissaient indélébiles.

OBSERVATION VI (résumée, Manouvriez)

Dans les premiers jours d'août 1876, la sœur de la malade précédente, âgée de 12 ans, avait été atteinte aussi de fièvre typhoïde ataxo-adiynamique. On voit sur ses genoux des symptômes analogues,

mais moins nombreux (trois à droite, quatre à gauche). Convalescence longue et pénible.

OBSERVATION VII (résumée. Manouvriez).

Un garçon de 14 ans, au 36^e jour d'une fièvre typhoïde ataxique grave, présentait au-dessus des genoux et sur le dos, spécialement du côté droit, des vergetures transversales ayant le même caractère que celles signalées précédemment. Le malade, pendant sa maladie, se tenait dans son lit comme la malade de l'observation IV.

OBSERVATION VIII (résumée. Manouvriez).

Une jeune fille de 18 ans, vue durant la convalescence d'une fièvre typhoïde maligne, présentait aux genoux et sur l'abdomen des vergetures semblables à celles que nous avons décrites plus haut.

Nous allons examiner maintenant en les résumant les observations de la thèse de M. Auboyer, dans laquelle la croissance pendant une maladie aiguë grave a été observée.

OBSERVATION IX (Thèse d'Auboyer).

Fièvre typhoïde ataxo-adyynamique très grave, eschares multiples. — Guérison. — Vergetures confluentes au niveau des genoux, des articulations tibio-tarsiennes et des coudes.

L. J..., étudiant, 19 ans, a eu il y a cinq ans une fièvre typhoïde très grave. Dans le cours de la maladie il a vu apparaître des vergetures siégeant aux endroits signalés ci-dessus. Il a eu aussi plusieurs eschares qui sont la preuve de troubles trophiques survenus

dans sa nutrition. Les vergetures siègent du côté de l'extension et ont leur grand axe perpendiculaire à l'axe des membres. Dans ce cas, la croissance n'a pas été constatée exactement.

OBSERVATION X (Auboyer).

Fièvre typhoïde ataxo-dynamique. — Eschares multiples. — Scarlatine pendant la convalescence.

Vergetures aux mêmes endroits que dans l'observation précédente, ayant apparu à une époque de la maladie non déterminée par les parents. Elles persistent depuis 1873.

OBSERVATION XI (Auboyer)

Fièvre typhoïde grave. — Pleurésie avec épanchement médiocre. — Signes de la broncho-pneumonie dans les deux poumons. — Mort. — Eschares au sacrum. — Vergetures de croissance aux genoux et au niveau des articulations tibio-tarsiennes.

La malade, Joséphine F..., était âgée de 10 ans et 8 mois. Les vergetures confluentes siégeaient aux endroits signalés dans le titre de l'observation. La malade était couchée depuis le 4 novembre. On remarqua ces vergetures pour la première fois le 24 février suivant, quelques jours avant sa mort. La croissance exacte ne fut pas mesurée.

OBSERVATION XII (Auboyer)

Fièvre typhoïde grave ataxo-adyynamique. — Croissance rapide. — Vergetures confluentes au niveau des articulations tibio-tarsiennes.

B... Marie-Philomène, 13 ans. Entre à l'hôpital le 27 mars 1879 pour une fièvre typhoïde grave. Le 21 avril, la malade se lève et marche seule. A cette époque on constate la présence de vergetures

siégeant au niveau de la face antérieure des articulations tibio-tarsiennes. On n'en trouve pas ailleurs. L'enfant a beaucoup grandi pendant sa maladie, comme en témoignent ses vêtements ; mais on a négligé de la mesurer exactement avant et après.

OBSERVATION XIII (Auboyer)

Fièvre typhoïde grave ataxo-adyynamique. — Vergetures au niveau des genoux.

E... Virginie, 12 ans, entrée à l'hôpital le 25 octobre 1880. Sa maladie évolue avec une forme ataxo-adyynamique bien caractérisée. Le 26 novembre, au niveau du sacrum, on aperçoit deux eschares de la grandeur d'une pièce de 2 francs.

Le 9 décembre, on remarque des vergetures au niveau des genoux. On constate une croissance exagérée pendant la maladie.

OBSERVATION XIV

Fièvre typhoïde grave, complications pulmonaires. — Eschare au sacrum. — Guérison. — Vergetures confluentes à la face antérieure des articulations tibio-tarsiennes. — Croissance de 0,021 millimètres en sept semaines.

P... Jeanne, âgée de 11 ans, entre le 7 mars 1881 à l'hôpital pour une fièvre typhoïde.

Le 21 mars. — Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, on remarque des vergetures transversales ; la malade se lève un peu depuis deux jours.

Le 13 avril. — La malade se plaint un peu de douleurs au niveau du cartilage de conjugaison de l'extrémité inférieure du tibia. Dans ce cas, on a pu mesurer l'accroissement pendant la maladie. Il a été égal à celui qui se produit en cinq mois à l'état normal.

OBSERVATION XV (Auboyer).

Tuberculose pulmonaire à marche rapide chez un jeune homme âgé de 16 ans. Accroissement de 18 centimètres en trois mois.

Malgré cette croissance exagérée, on ne remarque pas de vergetures. La fièvre a été à peu près continue.

Dans cette observation, bien qu'il y ait eu hyperthermie, amaigrissement et croissance exagérée, l'absence de vergetures est complète ; mais il faut remarquer que dans ce cas il ne s'agit pas d'une fièvre typhoïde et que les troubles nerveux n'ont été notés à aucune période de la maladie.

OBSERVATION XVI (Auboyer).

M., Marie, âgée de 4 ans 8 mois, entre à l'hôpital le 17 décembre 1880 pour une coqueluche dans le cours de laquelle se déclare une tuberculose pulmonaire ; sur ces entrefaites survient une méningite tuberculeuse qui enlève la malade le 18 mars 1881. Vers la fin de la maladie on constate un accroissement de 0,015 millimètres en sept jours, alors qu'à cet âge l'accroissement normal, d'après les tables de Quetelet, doit être 0,005 millimètres par mois. On ne trouve pas de vergetures. L'accroissement a donc été ici douze fois plus considérable qu'à l'état normal.

OBSERVATION XVII (Auboyer).

Ch., Ernestine, 8 ans 1/2. Morte vingt jours après son entrée à l'hôpital d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide. On constata

une croissance de 0,017 en onze jours, alors que l'accroissement est de 0^m004 par mois, à l'âge du sujet. L'accroissement a donc été onze fois plus considérable qu'à l'état normal.

OBSERVATION XVIII (Auboyer).

B... Anne-Marie, 10 ans, entre à l'hôpital pour une fièvre typhoïde assez grave, à forme adynamique, dont elle guérit. Pendant la convalescence, elle contracte à l'hôpital une varioloïde. Quand elle est guérie, on constate un accroissement de 0,018 millimètres en cinq semaines; elle ne présente pas de vergetures, bien que l'accroissement soit énorme.

OBSERVATION XIX (Auboyer).

C., Adrienne, 4 ans. Dans le cours d'une pneumonie fibrineuse a un accroissement de taille de 0^m015 dans l'espace de dix-huit jours, sans présenter une seule vergeture. L'accroissement normal correspondant du même âge et pour une même période est de 0^m,0027.

OBSERVATION XX (Auboyer).

V..., Marie-Louise, 2 ans 3 mois. Pendant une pneumonie gauche succédant à une coqueluche au bout de cinq semaines, présente un accroissement de 0^m,013, sans aucune vergeture. L'accroissement normal correspondant à cette période est de 0^m,007.

OBSERVATION XXI (Auboyer).

D..., Marie, 6 ans, contracte successivement une scarlatine, une diphtérie, puis enfin une variole hémorrhagique et succombe définitivement.

vement dans une adynamie profonde. Dans l'espace de trente-cinq jours, on note chez cette malade un accroissement de 0,022 millimètres, quand l'accroissement normal est de 0^m,005 par mois, soit 0^m,006 pour la période correspondante.

OBSERVATION XXII (Auboyer).

Ch., Pierre, 5 ans. Scarlatine assez grave. Albuminurie. Guérison. Croissance de 0^m,025 en trente-trois jours; la croissance moyenne et normale étant de 0^m,005 par mois, soit cinq fois la croissance normale; on ne peut constater la présence de vergetures. Cette observation présente de plus cette particularité que la croissance continue pendant la convalescence alors que l'enfant ne garde plus le lit.

Nous pouvons citer, à côté des vergetures dans le cours de la convalescence de la fièvre typhoïde dont nous venons de parler, le cas d'une femme que notre maître, le D^r Besnier, a eu l'occasion d'observer. Comme les autres malades dont nous avons rapporté plus ou moins longuement l'observation, cette femme avait survécu à une fièvre typhoïde d'une extrême gravité. C'est sur le moulage Baretta, déposé au musée de l'hôpital Saint-Louis, que nous avons pris cette note :

A quatre ou cinq centimètres au dessous du grand trochanter, cicatrice déprimée, profonde, occupant une surface de 8 à 10 centimètres carrés ayant succédé à une eschare. A la partie antérieure, et presque en contact avec les bords de la cicatrice, on voit quatre petites stries atrophiques dirigées perpendiculairement à l'axe du membre, d'un aspect nacré, effilées à leur extrémité antérieure, larges d'un centimètre à peine, et longues de 4 à 5. La plus inférieure semble prolongée par une autre vergeture de même forme et de dimensions à peu

près égales aux précédentes. Au-dessous de la cicatrice, mais non en contact avec ses bords, on voit deux petites plaques d'atrophie caractérisées sur le moulage par la coloration légèrement rosée et la dépression au-dessous des tissus voisins.

On voit aussi un autre groupe de stries au-dessus de la cicatrice, empiétant sur la région antérieure, et ne différant des précédentes que par leurs plus grandes dimensions. La plus considérable, longue d'environ 20 centimètres, et large d'un centimètre $1/2$ est coupée vers son quart antérieur par un pont de peau saine.

Chez la même malade on remarquait, au niveau de la partie postérieure et inférieure du bras, quatre ou cinq petites stries perpendiculaires à l'axe du membre et de dimensions plus petites que celles de la cuisse.

Vergetures analogues, mais présentant encore une légère teinte ecchymotique à la face antérieure de l'articulation du genou droit. A la partie externe de cette articulation, deux vergetures encore rosées.

Dans tous les cas d'Auboyer on a toujours constaté la forme ataxo-adyynamique ; dans le cas de Régnier, la forme a été très grave. Dans notre observation personnelle, les phénomènes adynamiques ont été très accentués ; les jambes étaient, comme dans un cas de M. Manouvriez, à moitié fléchies sur les cuisses et les cuisses sur le bassin ; l'extension était très douloureuse, sinon impossible. Assez souvent, dans les observations d'Auboyer, comme dans le cas de M. E. Besnier, il y a eu d'autres troubles du côté du tégument externe, tels qu'eschares, abcès. « En parcourant nos observations, dit M. Auboyer, on trouvera plusieurs exemples de croissance rapide survenue dans le cours des maladies aiguës, sans que pour cela nos malades aient présenté des altérations de la peau. Selon nous, une croissance rapide du système osseux ne suffit

« pas pour expliquer les vergetures des membres ; il faut
« encore un trouble de nutrition de l'enveloppe cutanée.
« Ce sont là deux facteurs nécessaires pour leur produc-
« tion. »

L'exagération de la croissance pendant les pyrexies graves est un fait reconnu et représente une croyance populaire, contrôlée, d'ailleurs par M. Bouchut (*Traité des maladies de l'enfance et des nouveaux-nés*). Le professeur Bouchard admettait d'abord cette seule cause. D'après la statistique d'Auboyer, recueillie à Lyon, à l'hôpital de la Charité, dans le service de la clinique des maladies des enfants, la croissance exagérée s'est produite seulement 11 fois sur 62 sujets, et elle a été en moyenne de dix à douze fois plus considérable qu'à l'état normal. Dans ces cas, il n'y a pas eu toujours production de vergetures, bien que souvent, comme les observations résumées que nous citons en font foi, l'accroissement ait eu lieu très rapidement, presque toujours avec une intensité plus considérable que dans les cas de fièvre typhoïde à forme adynamique ou ataxo-adynamique. Jusqu'ici, à notre connaissance, c'est seulement dans ces deux formes qu'on a rencontré les vergetures qu'Auboyer appelle vergetures de croissance.

A côté des atrophies linéaires de la peau dans la grossesse et la fièvre typhoïde, nous avons cru devoir ranger deux observations, dont l'une a été communiquée par notre excellent ami, A. Aldibert. L'autre est tirée de la thèse de Régnier (Paris, 1860). Dans ces deux observations, on peut invoquer deux causes dans la pathologie des vergetures : 1° augmentation de volume dans les parties

sous-jacentes à la peau atteinte ; 2° manifestation hystérique concomitante.

Voici d'abord l'observation de Régnier :

OBSERVATION XXIII (Th. Régnier 1860)

Maladie de croissance, phénomènes nerveux, gastriques, circulatoires ; chlorose, développement énorme de certains organes de génération.

J. C..., entrée à Beaujon, le 15 janvier 1859, dans le service de M. Gubler. Elle est née à Russ (Vosges).

Rien d'intéressant du côté de la famille. Réglée à 15 ans, constitution sanguine, très délicate dans sa jeunesse ; à 10 ans, elle en paraissait 7 à 8 au plus. A 14 ans, palpitations de cœur qui durèrent jusqu'à l'apparition des règles, l'année suivante. Pendant les premiers trois mois elles revenaient tous les quinze jours et duraient huit jours. A partir du quatrième mois, elles se régularisent jusqu'à l'âge de 16 ans. A ce moment, elles se troublent ; en même temps apparaissent des troubles nerveux. Bonne santé jusqu'en janvier 1859.

Elle arrive à Paris en septembre 1858. A l'âge de dix-huit ans et demi, encore tout enfant, à peine formée, mais à partir de ce moment jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital, elle s'est développée rapidement, les seins ont pris un volume considérable, le reste du corps est en rapport avec ce développement.

Le 9 janvier, elle est prise de crampes d'estomac avec anorexie, céphalalgie, constipation, fièvre très vive régulièrement tous les soirs, douleurs dans les membres.

Les phénomènes durent huit jours ; la région épigastrique seule reste douloureuse à la pression. Pendant quinze jours, ces phénomènes s'accompagnent de palpitations revenant par intervalles. Anxiété très grande, points douloureux sous le sein gauche et sur différents endroits du corps. Bruits de souffle à la base et dans le vaisseau du cou.

L'apparition des règles n'influence aucunement ces phénomènes, elles durent quatre jours seulement. Au bout de quinze jours, le matin la malade présente un aspect typhique très prononcé sans diarrhée, ni épistaxis. Au bout de deux jours ces accidents ont complètement disparu.

A quelques jours de là, elle présente un état d'excitation très prononcée : face congestionnée, respiration stertoreuse, battement de cœur, douleur hypogastrique, douleurs dans divers points, suppression de la miction ; pendant le cathétérisme, phénomènes hystériques très prononcés.

A cette époque, les organes génitaux semblent peu développés. Quatre jours après nouvelles série de phénomènes typhiques.

Le 19 février. — Apparition de règles peu abondantes, douleurs lombo-abdominales très vives, phénomènes sympathiques du côté des seins, malaise très prononcé, les règles s'arrêtent au bout de dix-huit heures.

Le 24 février. — Les seins sont très douloureux, très tuméfiés et semblent encore prendre plus de développement. La malade qui en souffre depuis plusieurs jours sans rien dire, ne pouvant plus dormir, se décide à en avertir le chef de service.

On constate alors le volume énorme des seins, qui présentent une rougeur érysipélateuse et sont très douloureux surtout à la pression.

Ils présentent de nombreuses vergetures radiées. Les cuisses sont aussi couvertes de vergetures d'une couleur lie de vin ecchymotique. sur la face interne des genoux quatre vergetures analogues et perpendiculaires à l'axe des membres. L'utérus examiné ne présente aucun signe de grossesse.

A partir du 6 mars, les accidents diminuent d'intensité ; toutefois les seins restent assez douloureux. Il y eut encore une autre poussée fébrile. La malade, les accidents n'ayant pas reparu, quitte l'hôpital.

Dans cette observation, que d'ailleurs nous avons un peu écourtée, ce qui frappe, c'est l'intensité des phénomènes nerveux. Le développement physique chez cette ma-

lade, s'est fait très tard. Ses organes génitaux, bien que la fonction menstruelle fût établie, présentaient les caractères de l'infantilisme. C'est seulement à son arrivée à Paris que le parallélisme entre la fonction et le développement de l'organe se rétablit pour ainsi dire brusquement. Dans ce cas, il est bien difficile, croyons-nous, de ne pas faire intervenir le système nerveux dans la pathogénie des différents accidents survenus chez cette malade.

A côté de cette observation, nous croyons devoir placer la suivante qui se rapproche par certains points de la précédente.

Nous ferons remarquer en même temps que certaines stries atrophiques présentées par cette malade, se rapprochent beaucoup, quant à la forme et à la direction, de celles observées par M. le professeur Charcot, dans l'une des observations rapportées plus loin.

OBSERVATION XXIV

Recueillie et communiquée par notre ami Aldibert, externe du service.

La nommée B. A., âgée de 21 ans, domestique, entre le 26 juin 1886, à l'hôpital Andral, dans le service du Dr Debove.

Père et mère bien portants; cependant sa mère est très nerveuse, mais n'a jamais eu d'attaques, trois frères bien portants.

Rougeole à l'âge de cinq ans, pas d'autre maladie.

En 1879, dès le mois de juin, elle a éprouvé des faiblesses dans les jambes, des maux d'estomac et des douleurs lombaires; ces symptômes, quoique légers, l'ont obligée à quitter sa place de domestique. En août, un jour qu'elle ramassait du foin et qu'elle était baissée, elle

éprouva subitement une assez vive douleur dans les lombes et ne put se relever ni marcher. Après avoir été frictionnée pendant une demi heure elle marcha aussi bien qu'avant.

A partir de ce jour pendant un an, elle a éprouvé dans les jambes des faiblesses plus accentuées, elle ne travaillait plus. On lui avait recommandé de faire de longues courses ; elle marchait encore assez facilement, mais se fatiguait très-vite et était obligée de s'asseoir souvent.

Aucune douleur dans les jambes ; elle sentait parfaitement le sol, elle n'avait qu'une douleur dans les lombes qui du reste ne la gênait pas beaucoup.

En septembre 1880, elle entre à l'hospice de Bourg-en-Bresse (Ain). Là son état empire bientôt ; la marche devient si difficile que la malade ne peut aller que de la tête au pied de son lit : elle a de l'anesthésie plantaire et éprouve la sensation d'un tapis placé sous ses pieds. Elle a de la rétention d'urine, qui a persisté pendant 22 mois ; et pendant tout ce temps on l'a sondée tous les jours.

Vers le mois de mars 1881 en prenant un bain, elle fut prise subitement d'une contracture des membres inférieurs et des mains : les jambes étaient raidies dans l'extension et tout mouvement du pied et de la jambe était impossible ; les mains étaient prises aussi, les doigts étaient tordus et placés les uns sur les autres, elle ne pouvait plus se servir de ses mains.

On la retire du bain, on la porte dans son lit et à partir de ce jour elle ne peut plus se lever — La contracture disparut, mais elle fut remplacée par une paralysie complète des membres supérieurs et inférieurs.

La rétention d'urine persistait ; la malade avait de l'anesthésie des membres inférieurs limitée aux deux pieds et aux deux jambes ; à ce niveau on pouvait enfoncer profondément une épingle sans qu'elle la sentît. Elle avait encore de l'anesthésie complète du membre supérieur gauche et une diminution seulement de la sensibilité du côté droit. Pas de troubles de la vision, de l'ouïe, ni du goût.

Elle avait seulement une convulsion des globes oculaires, la pupille restant cachée sous la paupière supérieure.

La paralysie des membres supérieurs dure six mois ; la sensibilité revient en même temps que la motricité. La paralysie des membres inférieurs dure trois ans et demi, elle reste au lit tout ce temps, étendue dans une gouttière durant dix-huit mois. La sensibilité reparut plus tôt dans la jambe droite que dans la gauche.

Elle était dans la gouttière, lorsqu'à la suite de pointes de feu sur les lombes, elle fut prise tout à coup d'un spasme œsophagien et d'aphasie ; pendant cinq mois, la malade n'a rien pu avaler par la bouche, ni aliments solides, ni liquides.

Elle a été nourrie pendant tout ce temps avec des lavements.

L'aphasie a duré à peu près le même temps, et elle a été presque totale. Guérie de ce spasme et de son aphasie, elle a eu la variole, pendant qu'elle était encore dans la gouttière ; il y avait alors une épidémie dans l'hôpital. Elle a eu une variole légère, elle ne porte presque aucune trace de l'éruption.

Pendant qu'elle était dans son lit, elle dit avoir eu des abcès dans les lombes qu'on a ouvert avec des cautères ; mais il est probable que ce sont les cautères qui ont suppuré qu'elle a pris pour des abcès.

Enfin, au bout de trois ans et demi, elle a pu se lever ; pendant six mois elle a marché avec des béquilles, puis après ce laps de temps, elle a marché facilement sans aucune douleur.

Elle entre à l'hôpital le 26 juin, pour une coxalgie hystérique caractérisée surtout par une douleur vive dans la fosse iliaque gauche avec flexion de la jambe et rotation en dehors.

Au niveau de la colonne lombaire, on trouve les cicatrices des pointes de feu et des cautères devenues kéloldiennes. Cette portion de la colonne vertébrale fait une saillie antéro-postérieure à convexité postérieure, remplaçant le creux normal des lombes ; cette saillie est assez prononcée.

La percussion et la palpation légères ne sont pas douloureuses à la pression. Pas d'autre déformation.

Elle présente aussi des vergetures siégeant sous l'abdomen et la face antérieure des cuisses, elles ont apparu pendant sa paralysie, avant sa variole, la malade n'a jamais eu de grossesse ni de fièvre typhoïde. Elle dit qu'elle les a vu apparaître à la suite d'une tympanite qui aurait duré plusieurs mois.

Pas de croissance exagérée pendant cette période, pas d'amaigrissement très marqué.

Leur siège est sur les deux fosses iliaques, elles ont une direction irrégulière, serpentine, elles sont longues de 7 à 8 centim., larges de 1 demi centim. au maximum.

Au niveau de la crête iliaque, on voit de nouveaux groupes ; leur direction est perpendiculaire à l'axe du corps, ceux-ci sont plus longs et moins larges que les précédents.

Leur aspect est lisse, blanchâtre, avec des striations longitudinales, pas de desquamation à leur niveau.

La peau environnante a une coloration normale. Du côté gauche on trouve seulement des vergetures verticales, longues de près de 10 centimètres, larges de 1 demi centimètre ; au niveau de la fosse iliaque gauche, on trouve des stries moins nombreuses, à direction toujours verticale.

Au niveau de la partie externe antérieure et interne de la cuisse gauche, on trouve un grand nombre de vergetures, longues de 10 à 15 centimètres, larges de 3 à 4 millim. Elles apparaissent sous forme de traînées blanchâtres dirigées de haut en bas et de dehors en dedans. Elles occupent tout le triangle de Scarpa qu'elles dépassent en haut, en bas et en dehors.

A la cuisse droite, vergetures semblables avec direction analogue ; mais occupant un espace plus restreint sur toute la partie externe. A leur niveau la peau est un peu plus pigmentée.

La plupart de ces vergetures sont blanchâtres, lisses ; à leur niveau le doigt perçoit une dépression assez profonde, lorsqu'on ne tend pas la peau avec la main, elles paraissent régulièrement plissées et sail-lantes.

Quelques-unes, apparues, au dire de la malade, en même temps que les autres, se présentent avec une coloration légèrement rosée.

Celles des cuisses ont apparu une trentaine de jours après celles du ventre.

Il n'y a pas de vergetures au niveau des seins.

Pendant son séjour à l'hôpital, le 2 juillet vers quatre heures du soir, elle a été prise de convulsions cloniques douloureuses au niveau de la colonne vertébrale. Ces convulsions étaient constituées par une secousse analogue à la secousse électrique, partant du cou et allant jusqu'au sacrum, chaque secousse arrachait des cris de douleur à la malade. Elles survenaient toutes les quatre ou cinq minutes au moindre attouchement, au moindre mouvement. Elles ont ainsi duré vingt heures et résisté aux piqûres de morphine, à une potion de chloral, à une première pulvérisation de chlorure de méthyle. Elles ont cédé le lendemain à une seconde pulvérisation, faite par le chef lui-même, guérison par suggestion sans doute. A cette crise si douloureuse qui a empêché tout sommeil, qui s'est manifestée par des cris continus, a succédé un calme de plus en plus complet; et vers deux heures de l'après-midi, il n'y avait plus de douleur spontanée, plus de secousses, plus de contractures intermittentes, et il n'y avait de douleur que lorsque la malade faisait des mouvements.

Aujourd'hui 8 juillet, son état est amélioré, mais elle ne peut guère encore se remuer dans son lit.

C'est donc une malade qui a été soignée pour un mal de Pott, alors que tous ces accidents paraissent se rapporter à l'hystérie; jamais d'attaques de nerfs, pas de sensation de boule.

A la région lombaire, dans les points où l'on a appliqué les cautères, la cicatrice est devenue kéloïdienne.

PATHOGENIE

Nous arrivons maintenant à la partie la plus complexe et en même temps la plus intéressante de notre travail. Nous allons passer en revue les différentes hypothèses qu'on a émises pour expliquer le mécanisme et la pathogénie de l'atrophie linéaire de la peau.

Les auteurs, qui jusqu'ici se sont occupés de cette question, rapportent les lésions observées, les uns à la distension exagérée du tégument (Bouchard, Régnier) ; les autres mettent en avant plusieurs causes, sans s'attacher à une seule (Thaon, Auboyer, Er. Wilson, Duhring, Hébra). Nous dirons dès maintenant, avec ces derniers, qu'en général le développement des vergetures est dû à plusieurs causes à la fois. En examinant plus loin nos observations, nous essaierons de prouver la vérité de cette assertion.

Sir Er. Wilson a proposé une classification des vergetures, fondée sur leur pathogénie.

La premier groupe embrasse les stries qui naissent sur le trajet des nerfs paralysés.

Le second comprend les vergetures par cause mécanique ou traumatique.

Enfin dans le troisième groupe, il a classé les vergetures qu'il appelle idiopathiques, c'est-à-dire celles qui apparaissent sans cause nette, bien que la nutrition de la peau soit affectée par un état général maladif ; elles se développent dans un endroit non soumis à la distension.

Evidemment cette classification comprend toutes les causes des vergetures ; mais ne pourrait-on, pas à la rigueur, confondre le premier et le troisième groupe et en faire celui des vergetures par troubles trophiques ? Les causes productrices des vergetures se trouveraient alors réduites à deux principales ; ces deux causes se trouvent le plus souvent réunies dans leur pathogénie.

La richesse du tégument cutané en vaisseaux et en nerfs nous explique pourquoi toute lésion qui les intéresse peut avoir son contre-coup du côté de sa nutrition. Aussi croyons-nous qu'on pourrait diviser les vergetures en trois groupes d'après leur mécanisme :

1° Stries par distension primitive avec troubles trophiques consécutifs (grossesse par exemple).

2° Stries par troubles trophiques.

3° Stries par distension et troubles trophiques exerçant simultanément leur influence.

Dans le premier groupe, nous comprendrons les vergetures de la grossesse, des œdèmes, des tumeurs ; c'est là le deuxième groupe de Wilson. Dans la pathogénie de ces vergetures, nous faisons intervenir des troubles de nutrition ; car étant données les altérations dans la disposition des éléments de la peau à leur niveau, il est évident que la nutrition du tégument ne se fait plus d'une façon régulière et normale. Nous ne ferons que rappeler ici la disparition des glandes et l'atrophie manifeste des bulbes pileux et des poils constatées par Hébra et Langer. Les lésions présentées par les nerfs à leur surface, qu'il y ait rupture du cylindre-axe, ou fragmentation de la myéline, sont suffisamment expliquées par la distension excessive dans le cas

de grosseur, de tumeur de volume considérable, d'une part, et par la compression produite par les épanchements séreux jointe à la distension dans les cas d'œdème ou d'anasarque, d'autre part. « Si l'on suppose, dit Hébra, une cause mécanique, il faut admettre que l'atrophie a été précédée d'une déchirure interne et d'une lésion de la peau qui devraient s'accompagner d'une rupture des vaisseaux sanguins et par conséquent d'une hémorrhagie, et se traduire, comme cela a lieu lorsque la peau a été distendue par la grosseur ou une tumeur volumineuse, par des stries colorées de sang. »

Dans le deuxième groupe, nous ferons entrer les stries observées par Cantani, le professeur Charcot, chez des névropathes et dont nous rapportons plus loin les observations. De cette classe, on pourrait aussi rapprocher quelques-unes des vergetures signalées chez la malade du service de M. le Dr Debove.

Le cas de Thaon, rapporté plus loin, nous paraît aussi devoir être rangé dans cette catégorie. Car ce n'est pas du côté où siègent les vergetures, qu'il y a eu distension, leur terminaison antérieure se fait exactement au niveau de la ligne axillaire, en arrière, au contraire, elles dépassent en quelques points la ligne médiane, elles sont de plus situées dans les espaces intercostaux. Tout cela ne fait-il pas chercher l'origine trophonévrotique de ces stries ?

Le mécanisme invoqué par le professeur Bouchard au sujet de cette observation à la Société clinique peut-il expliquer la pathogénie de ce cas ? Nous croyons plus volontiers avec Thaon qu'on ne peut l'expliquer qu'en admettant l'intervention des troubles nutritifs. Si les mou-

vements exagérés du côté sain du thorax étaient la cause de ces vergetures, elles seraient développées surtout au point qui, dans l'acte respiratoire, est le plus distendu, c'est-à-dire celui qui décrit le plus grand arc de cercle. Or, ce point se trouve au niveau de la ligne axillaire, limite antérieure des vergetures ; de plus, les vergetures dépassent à la partie médiane postérieure l'axe autour duquel s'accomplissent les mouvements respiratoires. Si la distension exercée par la peau du côté sain devait être invoquée ici, la direction des stries devrait être verticale, puisque nous avons vu qu'elle est perpendiculaire au sens dans lequel se fait la traction ; c'est-à-dire qu'elles seraient perpendiculaires à l'axe du corps.

La disposition des vergetures au niveau de la ligne axillaire dans le cas de mouvements respiratoires exagérés vient d'être décrite par M. le Dr Gimbert (de Cannes), dans un mémoire publié dans la *France Médicale* du 3 juillet 1886. Cet auteur rapproche son observation de celle de Thaon ; elles ont en effet de commun ce caractère qu'elles siègent du côté opposé au pneumo-thorax.

Dans cette dernière observation, nous voyons que le côté gauche où se trouvent les vergetures a été le côté le plus distendu. L'influence de la distension et la position des sillons naturels de la peau, invoquées par le Dr Gimbert dans le cas présent, peuvent très bien expliquer la production de ces stries ; les antécédents héréditaires et névropathiques du malade n'ayant pas eu probablement une action bien marquée.

Quant au troisième groupe, dans lequel nous avons classé les stries produites par l'association des troubles tro-

phiques et de la distension, il pourrait comprendre les vergetures de la fièvre typhoïde et celles que l'on peut rencontrer chez des névropathes (observations de Régnier et d'Aldibert). Pour une cause ou pour une autre, la peau, subissant une distension non exagérée, devient le siège de stries dont la direction ne répond pas toujours au sens de la traction.

L'observation communiquée par notre excellent ami Aldibert en offre un exemple frappant. Quant aux vergetures de la fièvre typhoïde, on peut les considérer comme le type de cette classe. Toutes les fois qu'on les a rencontrées, il y a eu accroissement de la taille ; mais on a eu affaire à des fièvres typhoïdes à forme grave, adynamique ou ataxo-adynamique, c'est-à-dire des formes dans lesquelles le système nerveux est le plus atteint par l'affection fébrile. Si de ce fait nous rapprochons celui-ci, que dans des pyrexies graves il y a eu un accroissement pour le moins aussi considérable que dans la fièvre typhoïde, sans qu'il y ait eu apparition de vergetures, nous pourrions conclure que la croissance dans les maladies aiguës chez les enfants et les adolescents est insuffisante pour déterminer à elle seule l'apparition des stries atrophiques.

L'influence de la marche invoquée à la Société clinique par M. le Dr Bucquoy ne nous paraît pas non plus bien démontrée. Dans quelques cas, en effet, on a noté la présence des vergetures, alors que le malade était dans l'impossibilité de marcher. Le traumatisme produit par les efforts de toux dans le cas de Borrditch, l'éternuement invoqué par Wilson dans un cas d'atrophie du nerf sus-orbitaire, nous paraissent être des raisons bien spécieuses. Le

coup de fouet, incriminé par Wilson d'avoir déterminé au bout de quelques années une plaque d'atrophie et d'anesthésie au niveau du même nerf sus-orbitaire, mérite plus d'attention. Tous ces faits doivent rentrer dans la classe des stries par troubles trophiques. On connaît aujourd'hui les relations du zona et de la névrite, du mal perforant et l'ataxie locomotrice.

Quant aux observations de Cantani, le professeur Charcot les a relevées dans le travail de Feré et Quermonne, la production des vergetures ne peut être rattachée qu'à des troubles nerveux.

Thaon, à l'occasion de la communication du professeur Bouchard, dont nous avons déjà parlé, soumit à la Société l'observation suivante, recueillie en 1876.

OBSERVATION XXV

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, qui en mai 1876 fut pris d'une pneumonie caséuse du sommet du poumon droit, suivie d'un pneumo-thorax. Après des alternatives diverses, ce malade mourut à Nice au mois de septembre la même année.

Au cours de la maladie, MM. Borth et Barthez qui avaient soigné l'enfant à Paris furent très frappés de voir le dos du patient se couvrir à un moment donné de vergetures très-marquées et très-étendues.

Lorsque je vis l'enfant à Nice au mois d'octobre, son dos présentait l'aspect suivant. Le côté gauche du thorax, à partir de l'épine de l'omoplate jusqu'à la ceinture, était rayé par des vergetures disposées parallèlement de dedans en dehors et de haut en bas dans la direction des côtes. Les vergetures formaient ainsi neuf lignes parallèles répondant très-exactement aux espaces intercostaux. Extérieurement les vergetures se prolongeaient jusqu'à la ligne axillaire, intérieurement elles

dépassaient en certains points la ligne médiane, et empiétaient sur le côté droit. Elles ne formaient pas une traînée continue, mais de distance en distance, elles étaient interrompues par des espaces de peau saine ; le diamètre en hauteur des taches blanchâtres était d'environ 1 centimètre. Vers le haut du thorax, elles étaient d'un blanc brillant, tout à fait cicatriciel, en bas elles étaient rougeâtres ; cela répondait à leur ordre d'apparition, les taches les plus anciennes s'étant montrées près de l'épaule, et les plus récentes étant apparues au niveau du onzième espace intercostal.

L'hypothèse de M. Bouchard, fondée sur la distension excessive de la peau ne pouvait s'appliquer à notre cas. En effet, le côté du thorax le plus développé, le plus tendu, celui qui avait toujours présenté une voussure très marquée était le côté opposé aux vergetures ; c'était le côté droit, siège du pneumo-thorax.

« La localisation ne suffit pas pour décider l'origine nerveuse de semblables vergetures, ajoute M. Thaon, mais elle éveille l'idée de troubles trophiques qui s'opéreraient par l'intermédiaire des nerfs. Quoi qu'il en soit, l'hypothèse mécanique de M. Bouchard ne satisfait pas à tous les cas. »

Cependant en lisant cette observation et les explications qu'on a cherché à donner de la distribution topographique de ces vergetures, on ne peut se défendre de croire à une certaine relation entre la disposition de ces stries, et le trajet des nerfs intercostaux.

Dans une leçon publiée dans « *Il Morgagni* », Cantani décrit une lésion cutanée dont il n'a pas encore trouvé d'exemple et la désigne sous le nom d'atrophie progressive de la peau.

Il s'agit d'un jeune homme âgé de 20 ans, grand, vigoureux, d'une bonne santé habituelle, sans accidents nerveux ou syphilitiques,

n'ayant jamais commis d'excès d'aucune sorte. Il s'aperçut un jour du gonflement du testicule droit, gonflement indolore, sauf quand il montait à cheval. Quelques mois après, il remarque des vergetures sur l'abdomen et la région inguinale droite. Elles s'étendirent peu à peu en haut et en bas ; au bout d'un an, on en voyait sur toute la partie antérieure de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic, sur toute la face antérieure des cuisses, sur la face interne des genoux, dans les régions poplitées, dans la région lombaire, où elles forment une large ceinture. Il y en avait encore vers l'angle de l'omoplate droite, et à la partie supérieure des bras, en avant et en arrière. Elles avaient la plus grande analogie avec les vergetures produites par une distension exagérée de la peau ; elles sont d'un rouge bleuâtre. Dans certains endroits où les vergetures manquent, il existe des varicosités de la peau. Avant l'apparition de cette altération, le malade n'avait pas maigri ; mais depuis il a engraisé de la partie supérieure du corps, du thorax, du cou, de la face, tandis qu'il a maigri de la partie inférieure. Il se sent plus faible, et au moment de l'examen, il n'avait pas eu d'érections depuis deux mois. La sensibilité est restée normale sous toutes ses formes. Ces vergetures ne peuvent être attribuées à une distension considérable de la peau qui aurait précédé un amaigrissement rapide, car le sujet n'a jamais été obèse, et l'amaigrissement n'est d'ailleurs pas considérable aux parties inférieures. D'ailleurs, on remarque plusieurs vergetures dans les parties supérieures où la peau a subi une influence inverse.

Cantani compare ces lésions à l'atrophie musculaire progressive et les rattache à une lésion médullaire analogue. A côté de cette observation, nous croyons, comme Féré et Quermone, pouvoir placer les deux observations suivantes :

X..., ingénieur, — très excitable, se met en colère pour le moindre motif, — s'est toujours bien porté jusqu'à ces dernières années. Il est d'un embonpoint moyen, qui n'a subi aucune modification. Depuis

deux ou trois mois, il éprouve un peu de gêne dans la marche ; ses jambes sont faibles.

Pendant l'examen, notre attention fut frappée par la présence de vergetures offrant la forme de cicatrices allongées, larges d'un millimètre ou deux. Elles offrent une coloration blanchâtre, et à leur pourtour la pigmentation de la peau est plus accentuée. Elles font une large saillie. On peut les rapprocher, quant à leur forme et à leur couleur, des cicatrices de ventouses scarifiées. Ces vergetures sont très abondantes dans la région lombaire, où elles présentent une direction horizontale ou oblique formant comme une espèce de cicatrice. On en voit d'autres, plus disséminées, sur les fesses, où elles ont une direction longitudinale. On en remarque encore quelques unes au niveau des aînes ; mais en cet endroit elles sont rares et moins marquées que sur les points déjà mentionnés.

L'époque de l'apparition est restée inconnue ; le malade ne les avait jamais remarquées. Il a toujours eu un embonpoint moyen.

OBSERVATION XXVI.

M^{lle} L... se présente à la consultation le 8 juin 1881. Les accidents dont elle se plaint remontent à trois ans. Elle a commencé par éprouver une douleur continue sur le sommet de la tête avec irradiation du côté droit. Elle ressentait également une douleur dans l'oreille du même côté. Ces douleurs persistent. Depuis quatre ou cinq mois, accès de toux deux fois par jour dont le caractère nerveux n'est pas douteux, d'après la description de MM. Féré et Quermonne. Bien que la malade n'ait jamais présenté d'attaque convulsive, chez elle l'ensemble des troubles observés (arthropathies multiples, hyperesthésie dans plusieurs points), permet de conclure à l'existence de l'hystérie. Cette jeune fille est assez replète et son embonpoint n'a suivi aucune modification dans ces dernières années ; elle n'a pas grandi brusquement. Elle est amenée par sa famille et son médecin ordinaire. Nous avons la preuve qu'elle n'a subi aucune distension de l'abdomen.

Depuis un an, elle s'est aperçue qu'il apparaissait sur ses seins des lignes brunes qui pâlissaient peu à peu. En examinant sa gorge, nous constatons en effet, la présence de vergetures radiées, convergeant vers le mamelon, et surtout abondantes à la partie supérieure. Il y en a qui semblent récentes; elles sont brunâtres et d'un rouge bleuâtre, longues de 2 à 3 millimètres, d'autres sont d'un blanc mat, plus étroites. Il en existe de semblables sur la région lombaire et sur la partie supérieure des fesses, mais il n'y en a pas trace sur l'abdomen, aux aines, ou sur les cuisses.

La direction générale de ces vergetures est telle qu'on pourrait facilement admettre qu'elles ont pour cause la pression des vêtements, les plissements et les tiraillements de la peau dans les mouvements.

Cette origine traumatique ne peut guère s'expliquer que par un défaut de résistance de la peau chez ces sujets. Mais ce défaut de résistance ne peut se comprendre que par suite d'un trouble de la nutrition. C'est là d'ailleurs l'idée admise par Féré et Quermonne.

Bowditch dans le *Boston méd. and. surg. journ.* 1885, p. 617, cite l'observation suivante qu'il considère comme un cas d'atrophie linéaire de la peau.

Miss. A... veuve, 60 ans, tempérament nerveux, affection aortique légère depuis plusieurs années, embonpoint croissant depuis deux ans.

L'année dernière, elle fut prise d'une toux paroxystique, d'origine nerveuse, l'examen du larynx et des poumons est complètement négatif.

Le 26 février. — Même état. La toux provoque quelquefois des vomissements et une dyspnée intense. Sensibilité extrême sur la partie inférieure de l'abdomen. Rien d'anormal à l'examen, sauf cette sensi-

bilité à la palpation. La semaine suivante il survient sur l'abdomen des excroissances avec sensation de chaleur et de distension. On voit, en effet, que la partie inférieure de l'abdomen jusqu'au pubis est hyperhémée, on y voit des élevures blanchâtres se ramifiant en haut dans toutes les directions, d'aspect œdémateux, larges de $\frac{1}{8}$ à $\frac{1}{4}$ de pouce. Elles sont plus marquées près du pubis et de la ligne médiane, occupent tout le champ de l'hyperémie, elles représentent vaguement les branches d'un arbre; aux doigts elles donnent la sensation de mollesse.

Au bout de huit jours, les symptômes ont encore augmenté; la surélévation est plus manifeste, les stries se sont réunies sur plusieurs points, de telle sorte qu'elles forment par places des saillies aussi grosses que la moitié d'un œuf de poule. Elles sont le siège d'un picotement continu, surtout quand la malade est assise sur une chaise. Le Dr White, consulté, dit que c'est un cas d'atrophie linéaire avec chéloïde. Deux semaines plus tard le gonflement et l'hyperémie ont entièrement disparu. A leur place on voit des cicatrices de la peau semblables à celles que l'on voit sur l'abdomen et les cuisses des femmes qui ont eu des enfants.

Dans le même article, Bowditch rapporte l'opinion émise à ce sujet par sir E. Wilson (*Journ. of cut. méd.*, vol. I, p. 140) au sujet de l'atrophie linéaire de la peau. Pour lui comme pour R. Liveing, l'atrophie partielle de la peau, qu'elle se présente sous la forme de stries ou de macules, ne constitue qu'une seule et même affection.

Le cas de Bowditch, que nous avons rapporté longuement d'ailleurs, lui paraît devoir rentrer dans la classe des atrophies par distension, par suite des efforts de toux prolongés. Mais ici ne pourrait-on pas aussi faire intervenir les troubles nerveux et considérer cette observation comme un exemple d'atrophie par la combinaison des deux causes que nous avons admises ?

Dans le courant de l'année 1880, notre maître, le Dr Delens, eut l'occasion d'observer dans son service à l'hôpital Tenon un cas de vergeture dont il communiqua l'observation à la Société clinique et qu'il nous permet de publier dans notre thèse. Cette observation fut prise quelques jours après la sortie de la malade de l'hôpital, c'est ce qui explique les lacunes qu'elle présente à certains points de vue, puisqu'on n'avait pas la malade sous la main pour la compléter.

OBSERVATION XXVII

Communiquée par le Dr Delens, chirurgien des hôpitaux.*

M..., Eugénie, 18 ans, domestique. Coxalgie gauche ayant débuté il y a quatre ans (1876); soignée à l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand. Séjour de six mois dans une gouttière de Bonnet. Dès cette époque on aurait constaté, paraît-il, un raccourcissement du membre de ce côté. Ankylose rectiligne de l'articulation coxo-fémorale. La coxalgie paraissait guérie, puisque la malade put reprendre sans inconvénient son métier assez fatigant de cuisinière.

Il y a un mois, sans cause apparente, nouvelle poussée du côté de l'articulation déjà atteinte. Elle entre à l'hôpital Tenon. Grossesse de trois mois environ. Depuis six mois, la malade a beaucoup grandi. On observe sur la face antérieure de la cuisse gauche, au-dessus de la rotule, des vergetures à direction transversale. De ce côté le membre inférieur est plus court que l'autre de quatre à cinq centimètres.

A droite les vergetures sont à peine appréciables; mais en regardant avec soin on peut les reconnaître. L'articulation ne présente aucune altération pathologique et la jambe est placée dans l'extension. La cuisse est légèrement fléchie et placée dans l'adduction et la rotation en dedans.

Dans cette observation, nous voyons que les vergetures les plus nettes siègent du côté malade, de plus ce membre s'est moins développé pendant la croissance rapide que le membre sain. La distension ne peut entrer ici en ligne de compte, mais d'autre part les troubles trophiques au niveau des membres dont les grandes articulations sont atteintes d'arthrite chronique et d'arthrite fongueuse en particulier, sont aujourd'hui bien connus, aussi, serions-nous tenté de croire que dans le cas présent, ces troubles trophiques ne sont peut-être pas étrangers à la production de ces vergetures.

Il aurait été très intéressant de savoir à quel moment exact ont apparu ces vergetures, et si la malade avait eu la fièvre typhoïde. Malheureusement, l'observation est muette à ce sujet.

M. Chevallereau a signalé aussi des vergetures dans un cas à peu près analogue ; il s'agit d'un malade du service du professeur Panas, âgé de 20 ans, qui n'a jamais eu la fièvre typhoïde, ni aucune pyrexie. Depuis un an, il a son membre inférieur gauche immobilisé dans une gouttière de Bonnet, pour une coxalgie. Il porte au-dessus de l'articulation du genou droit des vergetures. La croissance n'a pas été constatée. Il faut remarquer que le membre droit jouissait de la liberté de ses mouvements.

Dans ce cas, bien que l'absence d'une pyrexie quelconque soit constatée, la preuve de l'existence de troubles trophiques est impossible, et nous ne voyons pas à quelle cause on peut rattacher le développement des vergetures.

DIAGNOSTIC

DES STRIES ENTRE ELLES ET AVEC LES AUTRES AFFECTIONS CUTANÉES.

Peut-on diagnostiquer les causes qui ont produit les vergetures par l'aspect seul de ces lésions ? Dans quelques cas, ce sera possible, croyons-nous. Le siège est, à notre avis, un bon élément de diagnostic, il en est de même de la direction des stries. Nous avons étudié la disposition concentrique des vergetures de la grossesse sur l'abdomen ; cette disposition et ce siège nous feront rattacher ces vergetures à une distension (grossesse, kyste de l'ovaire, etc.) Si elles siègent sur les membres perpendiculairement à l'axe, il faudra penser d'abord à la fièvre typhoïde dans l'adolescence, ou peut-être à une affection articulaire chronique de l'articulation située au-dessus. Jusqu'ici les vergetures au niveau des malléoles n'ont été signalées que dans la fièvre typhoïde (Auboyer). Le siège insolite a donc une certaine valeur. L'interprétation des vergetures au niveau de l'abdomen est des plus difficiles et des plus délicates ; ce n'est guère que par les commémoratifs qu'elles acquièrent de la valeur.

Lorsqu'une strie est traversée par un pont de peau saine (Thaon, moulage du musée Saint-Louis, Manouvriez) on doit rechercher les troubles trophiques. Si la distension était l'origine de cette vergeture, on ne voit pas pourquoi au milieu ou sur un point quelconque de son étendue une

petite portion de peau aurait résisté à la force qui a fait céder la peau voisine.

Au niveau des seins, elles ne prouvent pas qu'il y ait eu lactation, mais seulement, développement rapide de la glande.

Il va sans dire que si elles ont été précédées de douleurs névralgiques on aura affaire à des stries par trouble trophique (Cantani); mais il ne faut pas croire que toutes les fois qu'il y a trouble trophique il y a douleur, loin de là, il peut se présenter des cas comme celui de Féré et Quermone, où le médecin s'aperçoit de la lésion plus tôt que le malade.

En résumé, le diagnostic différentiel des différentes causes de vergetures ne peut se faire le plus souvent que par les commémoratifs et les phénomènes concomitants.

Voyons maintenant quelles sont les affections cutanées que l'on peut confondre avec l'atrophie linéaire.

Le vitiligo ne nous arrêtera pas longtemps, car rarement il est disposé en bandes ou en raies. A son niveau, la peau ne paraît pas luisante, sèche comme dans la vergeture; enfin, au toucher on ne sent pas le doigt tomber comme dans un sillon. Les poils sont conservés et seulement décolorés. La notion du siège ne nous fournit ici aucun élément diagnostique. L'hyperchromie entourant les plaques de vitiligo favorise, jusqu'à un certain point, une erreur de diagnostic, facile d'ailleurs à éviter.

Une affection, dont l'origine nerveuse est aujourd'hui admise par la plupart des dermatologistes, et qui peut quelquefois ressembler à l'atrophie linéaire, est la sclérodermie en plaque, la morphea alba des auteurs anglais et

américains. Assez souvent dans cette affection il y a une période d'atrophie. L'évolution de l'affection éclairera le diagnostic. Dans la vergeture le processus atrophique se manifeste dès le début, et le doigt, en passant sur la strie, donne la sensation d'une diminution de résistance, même quand l'épiderme à son niveau n'est pas encore déprimé au-dessous des téguments environnants. Dans la morphea alba de Wilson, dès le début, il y a une infiltration qui augmente un peu la résistance de la plaque ; dans une deuxième période, la consistance augmente, en même temps que la plaque, d'abord érythémateuse, blanchit ; dans une troisième période elle se vascularise et s'amincit, mais la consistance est encore plus grande qu'au niveau des vraies stries atrophiques ; ce n'est guère qu'à la quatrième période qu'on peut confondre les deux lésions. A ce moment, la morphea alba ressemble, à s'y méprendre, à une vergeture ; mais en général l'évolution de la morphea ne passera pas inaperçue, car à un moment donné elle a dû gêner les mouvements. A son niveau, la peau est difficile à pincer. Il s'est formé un vrai tissu cicatriciel ; le contraire a lieu dans l'atrophie linéaire. Le plus souvent la morphea est unilatérale, quelquefois cependant symétrique ; son siège n'est pas ordinairement le même que celui des stries. On la rencontre ordinairement à la région sus-claviculaire, à la poitrine.

Le lupus érythémateux guéri ne sera pas confondu avec les vergetures. D'abord, il n'occupe pas les mêmes régions, puis il affecte la forme de plaques plus ou moins larges et régulières, et non la disposition linéaire.

La lèpre maculeuse diffère des stries atrophiques par la disposition en cocardes tricolores des zones qui forment la

plaque lépreuse. Les taches érythémateuses, que l'on observe au début de la maladie, pâlissent sous le doigt et sont douloureuses, ce qui ne se voit pas dans les vergetures.

Quant aux applications à la médecine légale, elles sont bien restreintes. Il est bon de savoir cependant que même en dehors de toute espèce de distension de l'abdomen, dans la fièvre typhoïde, par exemple, même quand il n'y a pas eu de météorisme exagéré, il peut se produire des vergetures sur la paroi abdominale. Tout au plus, comme ce sont des lésions indélébiles, pourraient-elles servir à constater l'identité d'un individu.

En présence des lésions que nous avons décrites, d'après les auteurs, il est facile de voir qu'il ne peut y avoir de traitement curatif. Quant au traitement préventif, il n'en existe pas davantage.

CONCLUSIONS

Les stries atrophiques reconnaissent pour cause soit la distension de la peau, soit des troubles trophiques.

Dans beaucoup de cas, ces deux causes peuvent se trouver réunies chez le même sujet.

Le siège, la forme et la direction peuvent, dans beaucoup de cas, mettre sur la voie du diagnostic. Les vergetures sont indélébiles.

Leur application à la médecine légale peut servir à constater l'identité d'un individu.

La coloration rosée ou bleuâtre est en rapport avec l'apparition récente de l'atrophie linéaire.

Elles ne sont point pathognomoniques de la grossesse ; mais leur distribution sur l'abdomen, leur coloration peuvent jusqu'à un certain point mettre sur la voie du diagnostic d'une grossesse plus ou moins ancienne ; mais ce signe ne peut à lui seul permettre de conclure à une grossesse passée.

BIBLIOGRAPHIE

Ueber die Textur des Sogennanten Gravidität narben. — Von Prof. C. Langer. — Strickers Med. Jahrbücher 1880, H. I. p. 49.

Vergetures de la grossesse. — Traité d'accouchements, Tarnier et Chantreuil, I. p. 235-240. — 527.

Traité des maladies de la peau de Hébra. Traduct. de Doyon. II. p. 259.

Traité des maladies de la peau. Duhring. Tr. de Barthélémy et Colson, p. 522.

Progrès Médical, 1881. — P. 837. — Féré et Quermonne. Vergetures chez des névropathes.

Thèse de Pantry, 1883, Paris.

Maladies de croissance. Th. Reynier, 1860.

De la croissance et de ses rapports avec les maladies fébriles de l'enfance et de l'adolescence. Auboyer. Th. Lyon, 1881.

Thaon. — Com. Soc. Clin. de Paris. — France Méd. 1880, p. 803.

Bouchard, Nicaise, Bucquoy, Barié. — Soc. Clin., 1879. p. 1-4.

Manouvriez (de Valenciennes). — Trav. des cons. d'hygiène du Nord. XXXVI, 388-89, et XXXVII. 229. — 1877-1878 et Gazette des hôpitaux, 1879, p. 791.

Arch. fr. Gynecology. B. XV. p. 178 (Krause et Felsenreich).

Observations cliniques sur les taches atrophiques de la peau. Robert Liveing (British. Medical Journal). Janv. 1878, p. 83.

Virchow's Archiv. für pathologische Anatomie und Physiologie und

für Clinische Medicin. Berlin, 1876, Tome 67, p. 210-214. — O. Küstner.

Manuel pratique des Maladies de la peau, Berlioz.

Maladies de la peau de Kaposi, traduction et annotation de A. Doyon et E. Besnier.

Bowditch. — Boston méd. and surg. journ. 1885, p. 617.

Vu par le président de la thèse,

BROUARDEL.

Vu par le Doyen,

BÉCLARD.

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Imprimerie des Écoles, HENRI JOUVE, 23, rue Racine, Paris
